

川崎市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則新旧対照表

改正後	改正前
○川崎市国民健康保険条例施行規則 昭和33年10月28日規則第31号	○川崎市国民健康保険条例施行規則 昭和33年10月28日規則第31号
川崎市国民健康保険条例施行規則	川崎市国民健康保険条例施行規則
目次	目次
第1章 総則（第1条・第2条）	第1章 総則（第1条・第2条）
<u>第2章 資格確認書等（第3条・第4条）</u>	<u>第2章 被保険者証等（第3条・第4条）</u>
第3章 保険給付（第5条～第7条）	第3章 保険給付（第5条～第7条）
第4章 保険料（第8条～第17条）	第4章 保険料（第8条～第17条）
第5章 雑則（第18条～第20条）	第5章 雑則（第18条～第20条）
附則	附則
<u>第2章 資格確認書等</u> （ <u>資格確認書</u> の検認又は更新の期日の公告）	<u>第2章 被保険者証等</u> （ <u>被保険者証及び被保険者資格証明書</u> の検認又は更新の期日の公告）
第3条 区長は、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「省令」という。）第7条の2第1項の規定により <u>資格確認書（省令第6条第1項に規定する資格確認書をいう。以下同じ。）</u> の検認又は更新をするときは、あらかじめ期日を公告するものとする。	第3条 区長は、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「省令」という。）第7条の2第1項の規定により <u>被保険者証（国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第9条第2項に規定する被保険者証をいう。以下同じ。）及び被保険者資格証明書（法第9条第6項に規定する被保険者資格証明書をいう。以下同じ。）</u> の検認又は更新をするときは、あらかじめ期日を公告するものとする。
（被保険者受療証の交付）	（被保険者受療証の交付）
第4条 被保険者が健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関若しくは保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）につき <u>国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第36条</u> に規定する療養の給付、法第52条に規定する入院時食事療養費、法第52条の2に規定する入院時生活療養費若しくは法第53条に規定する保険外併用療養費又は健康保険法第88条第1項に規定	第4条 被保険者が健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関若しくは保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）につき <u>法第36条</u> に規定する療養の給付、法第52条に規定する入院時食事療養費、法第52条の2に規定する入院時生活療養費若しくは法第53条に規定する保険外併用療養費又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者につき法第54条の2に規定する訪問

改正後			改正前		
断書又は埋火葬許可証の写しを添えることを要しない。			断書又は埋火葬許可証の写しを添えることを要しない。		
別表（第19条関係）			別表（第19条関係）		
様式番号	名 称	根 拠 条 項	様式番号	名 称	根 拠 条 項
1	神奈川県国民健康保険資格確認書交付申請書	省令第6条第1項	1	神奈川県国民健康保険被保険者証再交付申請書	省令第7条第1項
1の2	神奈川県国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請書	省令第7条第1項 省令第7条の3の2 第1項		(新設)	
2	神奈川県国民健康保険被保険者受療証	第4条第1項	2	神奈川県国民健康保険被保険者受療証	第4条第1項
3	療 養 費 国民健康保険 支給申請書 特別療養費	省令第27条第1項	3	療 養 費 国民健康保険 支給申請書 特別療養費	省令第27条第1項
4	国民健康保険出産育児一時金支給申請書	第5条	4	国民健康保険出産育児一時金支給申請書	第5条
5	国民健康保険葬祭費支給申請書	第6条	5	国民健康保険葬祭費支給申請書	第6条
6	削除		6	削除	
7	国民健康保険第三者行為による傷病届	省令第32条の6	7	国民健康保険第三者行為による傷病届	省令第32条の6
8	国民健康保険料出産被保険者減額届出書	第12条第1項	8	国民健康保険料出産被保険者減額届出書	第12条第1項
8の2	国民健康保険特例対象被保険者等該当届出書	第12条第2項	8の2	国民健康保険特例対象被保険者等該当届出書	第12条第2項
9	国民健康保険所得（無所得）申立書	第13条	9	国民健康保険所得（無所得）申立書	第13条
10	削除		10	削除	
11	減 免 国民健康保険料 申請書 徴収猶予	条例第38条第2項 条例第39条第3項	11	減 免 国民健康保険料 申請書 徴収猶予	条例第38条第2項 条例第39条第3項
12	承 認 国民健康保険料減免・徴収猶予 決定通知 不承認	第14条 第16条	12	承 認 国民健康保険料減免・徴収猶予 決定通知 不承認	第14条 第16条
13	国民健康保険料徴収猶予取消通知書	第15条第2項	13	国民健康保険料徴収猶予取消通知書	第15条第2項
14	国民健康保険料過誤納金還付充当通知書	条例第40条第1項	14	国民健康保険料過誤納金還付充当通知書	条例第40条第1項
15	国民健康保険料過誤納金還付請求書	条例第40条第2項	15	国民健康保険料過誤納金還付請求書	条例第40条第2項
16	削除		16	削除	
17	国民健康保険過料決定書	第18条	17	国民健康保険過料決定書	第18条

改正後

第 1 号様式

										押 印 欄	
神奈川県国民健康保険資格確認書交付申請書											
(宛先)川崎市_____区長											
_____年____月____日											
申請人住所 川崎市_____区											
(世帯主)氏 名 _____											
個人番号 _____											
電 話 _____ () _____											
次のとおり神奈川県国民健康保険資格確認書の交付を申請します。											
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号 5 0 _____											
交付を必要とする被保険者	1	氏 名	生年月日	年	月	日	申請理由コード (※)	数字			
			個人番号								
	2	氏 名	生年月日	年	月	日	申請理由コード (※)	数字			
			個人番号								
	3	氏 名	生年月日	年	月	日	申請理由コード (※)	数字			
			個人番号								
	4	氏 名	生年月日	年	月	日	申請理由コード (※)	数字			
			個人番号								
	5	氏 名	生年月日	年	月	日	申請理由コード (※)	数字			
			個人番号								
※ 申請理由コード		1 個人番号カードを紛失 2 個人番号カードの有効期限更新中 3 個人番号カードを返納 4 介助等を要するため個人番号カードでの受診が困難 5 資格確認書の交付を希望 (1～4のいずれにも該当しない方) 6 その他 ()									

処 理 欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

改正前

第 1 号様式

										押 印 欄	
神奈川県国民健康保険被保険者証再交付申請書											
(宛先) 川崎市 _____ 区長											
_____年____月____日											
住所 川崎市_____区_____											
申請人 氏 名 _____											
(世帯主) 個人番号 _____											
電 話 _____ () _____											
次のとおり再交付を申請します。											
被保険者証記号・番号 50 _____											
再交付を必要とする被保険者		氏 名	生年月日	個 人 番 号							
	1		・ ・								
	2		・ ・								
	3		・ ・								
	4		・ ・								
	5		・ ・								
申請理由		1 破 損(汚損) 2 紛 失 3 盗 難 4 焼 失 5 その他 ()									
処 理 欄											

注意 失った被保険者証を発見したときは、直ちに返還してください。

改正後

改正前

第 1 号様式の 2

(新設)

		押 印 欄	
神奈川県国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請書 ____年 ____月 ____日 (宛先) 横浜市 _____ 区長 申請人住所 所 川崎市 _____ 区 _____ (世帯主) 氏 名 _____ 電 話 _____ 次のとおり神奈川県国民健康保険資格確認書又は資格情報のお知らせ（国民健康保険法施行規則第 7 条の 3 第 1 項の規定による資格情報通知書という。）の再交付を申請します。			
被 保 者 記 号 ・ 番 号		5 0 _____	
再交付を必要とする被保険者	1 氏 名	生年月日	____年 ____月 ____日
		個人番号	____-____-____-____
		再交付を受けたい書類	資格確認書・資格情報のお知らせ
	2 氏 名	生年月日	____年 ____月 ____日
		個人番号	____-____-____-____
		再交付を受けたい書類	資格確認書・資格情報のお知らせ
	3 氏 名	生年月日	____年 ____月 ____日
		個人番号	____-____-____-____
		再交付を受けたい書類	資格確認書・資格情報のお知らせ
	4 氏 名	生年月日	____年 ____月 ____日
個人番号		____-____-____-____	
再交付を受けたい書類		資格確認書・資格情報のお知らせ	
5 氏 名	生年月日	____年 ____月 ____日	
	個人番号	____-____-____-____	
	再交付を受けたい書類	資格確認書・資格情報のお知らせ	
申請理由	1 破損（汚損） 2 紛失 3 盗難 4 滅失 5 その他（ _____ ）		
処 理 欄			

改正後

第3号様式

国民健康保険 療養費 支給申請書 特別療養費		押印欄	
(宛先)川崎市_____区長 (第_____回)		_____年 _____月 _____日	
申請者(世帯主) 川崎市_____区 氏名 _____ 個人番号 _____		電話番号 (_____) _____	
療養月 _____ 年 _____ 月分			
次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。			
給付の割合	7割 8割 9割 10割	保険の種類別 (療養を受けた) 被保険者氏名 個人番号 被保険者証 記号・番号 50—	
保険者番号	1 4 5 0	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
療養種別 点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤	実日数 _____ 日	食事回数 _____ 回
療養に要した 費	円(点) 傷病名 _____	一部負担金	発病又は負傷 年 _____ 月 _____ 日
食事に要した 費	食事標準額	傷病経過	年 _____ 月 _____ 日
※査定金額A	円 _____	療養期間	年 _____ 月 _____ 日から
※支給金額C	円 _____	療養の給付を 受けることので きなかった理由	年 _____ 月 _____ 日まで
病院、診療 所等の名称 及び所在地			
処理欄			
次のとおり口座振込を依頼します。			
振込先	銀行 支店 信用金庫 農協 支店コード _____	預金種目 1 普通 2 当座	口座番号 _____
	フリガナ	口座名義人	
※世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。 委任者(世帯主) 氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。			
委任状	上記療養費の受領に関する権限を委任します。 委任者(世帯主) 氏名 _____ 受任者(口座名義人) 氏名 _____	処理欄	
療第 _____ 号			

改正前

第3号様式

国民健康保険 療養費 支給申請書 特別療養費		押印欄	
(宛先)川崎市_____区長 (第_____回)		_____年 _____月 _____日	
申請者(世帯主) 川崎市_____区 氏名 _____ 個人番号 _____		電話番号 (_____) _____	
療養月 _____ 年 _____ 月分			
次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。			
給付の割合	7割 8割 9割 10割	保険の種類別 (療養を受けた) 被保険者氏名 個人番号 被保険者証 記号・番号 50—	
保険者番号	1 4 5 0	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
療養種別 点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤	実日数 _____ 日	食事回数 _____ 回
療養に要した 費	円(点) 傷病名 _____	一部負担金	発病又は負傷 年 _____ 月 _____ 日
食事に要した 費	食事標準額	傷病経過	年 _____ 月 _____ 日
※査定金額A	円 _____	療養期間	年 _____ 月 _____ 日から
※支給金額C	円 _____	療養の給付を 受けることので きなかった理由	年 _____ 月 _____ 日まで
病院、診療 所等の名称 及び所在地			
処理欄			
次のとおり口座振込を依頼します。			
振込先	銀行 支店 信用金庫 農協 支店コード _____	預金種目 1 普通 2 当座	口座番号 _____
	フリガナ	口座名義人	
※世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。 委任者(世帯主) 氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。			
委任状	上記療養費の受領に関する権限を委任します。 委任者(世帯主) 氏名 _____ 受任者(口座名義人) 氏名 _____	処理欄	
療第 _____ 号			

改正後

第4号様式

押 印 欄	
国民健康保険出産育児一時金支給申請書	
(宛先)川崎市 区長 (申請人(世帯主)) (郵便番号)	
川崎市 区 氏 名	被保険者証記号・番号 分べん被保険者氏名 (出生した母親の氏名) 出 産 し た 日
電話 () 次のとおり国民健康保険出産育児一時金の支給を申請します。 申請金額 ¥	
出生した母親の6箇月前の健康保険の状況についてお答えください。 ☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先) ☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者：資格をなくした日 年 月 日 ☐ 川崎市国民健康保険 ☐ 市の国民健康保険(市町村・国保組合) ☐ その他	
処理欄	
次のとおり口座振込を依頼します。	
振込先 銀行 信用金庫 農協	支店 支店コード 口座番号 口座名義人
※ 世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。 委任者(世帯主)氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。	
上記出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。 委任者(世帯主) 受任者(口座名義人) 氏名 氏名	

改正前

第4号様式

押 印 欄	
国民健康保険出産育児一時金支給申請書	
(宛先)川崎市 区長 (申請人(世帯主)) (郵便番号)	
川崎市 区 氏 名	被保険者証記号・番号 分べん被保険者氏名 (出生した母親の氏名) 出 産 し た 日
電話 () 次のとおり国民健康保険出産育児一時金の支給を申請します。 申請金額 ¥	
出生した母親の6箇月前の健康保険の状況についてお答えください。 ☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先) ☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者：資格をなくした日 年 月 日 ☐ 川崎市国民健康保険 ☐ 市の国民健康保険(市町村・国保組合) ☐ その他	
処理欄	
次のとおり口座振込を依頼します。	
振込先 銀行 信用金庫 農協	支店 支店コード 口座番号 口座名義人
※ 世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。 委任者(世帯主)氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。	
上記出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。 委任者(世帯主) 受任者(口座名義人) 氏名 氏名	

改正後

第 5 号様式

押印欄																																		
国民健康保険葬祭費支給申請書																																		
年 月 日																																		
(宛先)川崎市 区長 【申請人(葬祭を行う者)】 (郵便番号) 川崎市.....区..... 氏名..... 電話.....()..... <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>被 保 険 者 記 号 ・ 番 号</td> <td>50—</td> </tr> <tr> <td colspan="2">世 帯 主 の 氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">死亡した方(被保険者) の 氏 名</td> </tr> <tr> <td>死 亡 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>葬 祭 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">申 請 人 か ら み た 死亡した方の続柄</td> </tr> </table>		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	50—	世 帯 主 の 氏 名		死亡した方(被保険者) の 氏 名		死 亡 年 月 日	年 月 日	葬 祭 年 月 日	年 月 日	申 請 人 か ら み た 死亡した方の続柄																						
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	50—																																	
世 帯 主 の 氏 名																																		
死亡した方(被保険者) の 氏 名																																		
死 亡 年 月 日	年 月 日																																	
葬 祭 年 月 日	年 月 日																																	
申 請 人 か ら み た 死亡した方の続柄																																		
次のとおり国民健康保険葬祭費の支給を申請します。																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>申請金額</td> <td>¥</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		申請金額	¥																															
申請金額	¥																																	
死亡した被保険者の状況についてお答えください。																																		
死亡した日より3箇月前の健康保険の状況																																		
☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先:.....) ☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者:資格をなくした日.....年 月 日 ☐ 川崎市国民健康保険 ☐ 他の国民健康保険(.....市町村・国保組合) ☐ その他																																		
傷病手当金又は出産手当金の継続給付の状況																																		
☐ 死亡した日又は死亡した日より3箇月前に傷病手当金又は出産手当金の支給を受けていた。																																		
処理欄																																		
次のとおり口座振込を依頼します。																																		
振込先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>銀行</td> <td>支店</td> <td>預金 種目</td> <td>1普通</td> <td>2当座</td> <td>口座 番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>信用金庫</td> <td>支店コード</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>農 協</td> <td></td> <td>口座名義人</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>	銀行	支店	預金 種目	1普通	2当座	口座 番号						信用金庫	支店コード	フリガナ									農 協		口座名義人								
銀行	支店	預金 種目	1普通	2当座	口座 番号																													
信用金庫	支店コード	フリガナ																																
農 協		口座名義人																																
※口座名義人が葬祭を行う者でない場合は、次の委任状に記入してください。																																		
委任状	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。</td> </tr> <tr> <td>委任者(葬祭を行う者)</td> <td>受任者(口座名義人)</td> </tr> <tr> <td>氏 名.....</td> <td>氏 名.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>印.....</td> </tr> </table>	上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。		委任者(葬祭を行う者)	受任者(口座名義人)	氏 名.....	氏 名.....		印.....																									
上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。																																		
委任者(葬祭を行う者)	受任者(口座名義人)																																	
氏 名.....	氏 名.....																																	
	印.....																																	

改正前

第 5 号様式

押印欄																																		
国民健康保険葬祭費支給申請書																																		
年 月 日																																		
(あて先)川崎市 区長 【申請人(葬祭を行う者)】 (郵便番号) 川崎市.....区..... 氏名..... 電話.....()..... <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>被 保 険 者 記 号 ・ 番 号</td> <td>50—</td> </tr> <tr> <td colspan="2">世 帯 主 の 氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">死亡した方(被保険者) の 氏 名</td> </tr> <tr> <td>死 亡 し た 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">申 請 人 か ら み た 死亡した方の続柄</td> </tr> </table>		被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	50—	世 帯 主 の 氏 名		死亡した方(被保険者) の 氏 名		死 亡 し た 日	年 月 日	申 請 人 か ら み た 死亡した方の続柄																								
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	50—																																	
世 帯 主 の 氏 名																																		
死亡した方(被保険者) の 氏 名																																		
死 亡 し た 日	年 月 日																																	
申 請 人 か ら み た 死亡した方の続柄																																		
次のとおり国民健康保険葬祭費の支給を申請します。																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>申請金額</td> <td>¥</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		申請金額	¥																															
申請金額	¥																																	
死亡した被保険者の状況についてお答えください。																																		
死亡した日より3箇月前の健康保険の状況																																		
☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先:.....) ☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者:資格をなくした日.....年 月 日 ☐ 川崎市国民健康保険 ☐ 他の国民健康保険(.....市町村・国保組合) ☐ その他																																		
傷病手当金又は出産手当金の継続給付の状況																																		
☐ 死亡した日又は死亡した日より3箇月前に傷病手当金又は出産手当金の支給を受けていた。																																		
処理欄																																		
次のとおり口座振込を依頼します。																																		
振込先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>銀行</td> <td>支店</td> <td>預金 種目</td> <td>1普通</td> <td>2当座</td> <td>口座 番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>信用金庫</td> <td>支店コード</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>農 協</td> <td></td> <td>口座名義人</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>	銀行	支店	預金 種目	1普通	2当座	口座 番号						信用金庫	支店コード	フリガナ									農 協		口座名義人								
銀行	支店	預金 種目	1普通	2当座	口座 番号																													
信用金庫	支店コード	フリガナ																																
農 協		口座名義人																																
※口座名義人が葬祭を行う者でない場合は、次の委任状に記入してください。																																		
委任状	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。</td> </tr> <tr> <td>委任者(葬祭を行う者)</td> <td>受任者(口座名義人)</td> </tr> <tr> <td>氏 名.....</td> <td>氏 名.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>印.....</td> </tr> </table>	上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。		委任者(葬祭を行う者)	受任者(口座名義人)	氏 名.....	氏 名.....		印.....																									
上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。																																		
委任者(葬祭を行う者)	受任者(口座名義人)																																	
氏 名.....	氏 名.....																																	
	印.....																																	

改正後

第7号様式

国民健康保険第三者行為による傷病届										年 月 日	
(宛先) 川崎市 区長										住 所 川崎市 区	
申請人氏名 (世帯主)										電話 番号 ()	
次のとおり必要書類を添えて届け出ます。											
被保険者 記号・番号	50-					被保険者 (被害者)氏名					
事故発生 日 時	年 月 日		午前 午後		時 頃	世帯主との 続 柄	年 月 日				
事故発生 場 所											
事 故 の 原 因	交通事故・その他										
第 三 者 (事 故 の 相 手)	氏 名					職 業					
	住 所					電話番号	()				
	勤務先 (業務中 の事故の場合の み記入)	名 称				代表者氏名					
		所 在 地				電話番号	()				
損 害 賠 償 の 状 況	示談成立 の有 無	有 無	年 月 日	成立 日	現在ま でに受 領した 損害賠 償 金	☐ 加害者から受領 ☐ 加害者の自賠責保険会社から受領 ☐ 加害者の任意保険会社から受領 ☐ 受領していない 内訳 円					
	交渉中の 状 況										
傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度					初 診 日	年 月 日					
					国民健康保険 による診療	☐ 年 月 日から受けている ☐ 受けていない					
診 療 を 受 け た 医 療 機	所在地 名 称	電話番号 ()				診 療 見 込 期 間	☐ 入院 日 ☐ 通院 日				
	所在地 名 称	電話番号 ()				診 療 見 込 期 間	☐ 入院 日 ☐ 通院 日				
第 三 者 の 自 動 車 保 険	自 賠 責 保 険	保 険 会 社				任 意 保 険	保 険 会 社				
		保 険 契 約 者 名					取 扱 店 名				
		自 動 車 ナンバー					保 険 会 社 担 当 者 電 話 番 号 ()				
		証 明 書 番 号					証 券 番 号				

注意1 □のある欄には、該当する□内にレ印を記入してください。

2 この届出書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 交通事故証明書 (交通事故の場合のみ) (2) 事故発生状況報告書 (3) 念書 (補同意書)
 (4) 示談が成立しているときは示談書の写し

改正前

第7号様式

国民健康保険第三者行為による傷病届										年 月 日	
(宛先) 川崎市 区長										住 所 川崎市 区	
申請人氏名 (世帯主)										電話 番号 ()	
次のとおり必要書類を添えて届け出ます。											
被保険者証 記号・番号	50-					被保険者 (被害者)氏名					
事故発生 日 時	年 月 日		午前 午後		時 頃	世帯主との 続 柄	年 月 日				
事故発生 場 所											
事故の原因	交通事故・その他										
第 三 者 (事 故 の 相 手)	氏 名					職 業					
	住 所					電話番号	()				
	勤務先 (業務中 の事故の場合の み記入)	名 称				代表者氏名					
		所 在 地				電話番号	()				
損 害 賠 償 の 状 況	示談成立 の有 無	有 無	年 月 日	成立 日	現在ま でに受 領した 損害賠 償 金	☐ 加害者から受領 ☐ 加害者の自賠責保険会社から受領 ☐ 加害者の任意保険会社から受領 ☐ 受領していない 内訳 円					
	交渉中の 状 況										
傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度					初 診 日	年 月 日					
					国民健康保険 による診療	☐ 年 月 日から受けている ☐ 受けていない					
診 療 を 受 け た 医 療 機	所在地 名 称	電話番号 ()				診 療 見 込 期 間	☐ 入院 日 ☐ 通院 日				
	所在地 名 称	電話番号 ()				診 療 見 込 期 間	☐ 入院 日 ☐ 通院 日				
第 三 者 の 自 動 車 保 険	自 賠 責 保 険	保 険 会 社				任 意 保 険	保 険 会 社				
		保 険 契 約 者 名					取 扱 店 名				
		自 動 車 ナンバー					保 険 会 社 担 当 者 電 話 番 号 ()				
		証 明 書 番 号					証 券 番 号				

注意1 □のある欄には、該当する□内にレ印を記入してください。

2 この届出書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 交通事故証明書 (交通事故の場合のみ) (2) 事故発生状況報告書 (3) 念書 (補同意書)
 (4) 示談が成立しているときは示談書の写し

改正後

第 8 号様式

国民健康保険料出産被保険者減額届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市 区長

被保険者証記号・番号	納付義務者（世帯主）氏名
5 0	

納付義務者（世帯主）の住所・連絡先	
川崎市 区	
電話番号 ()	

次のとおり、出産被保険者について届け出ます。

該当する被保険者の氏名・納付義務者（世帯主）との続柄		生年月日
氏名	続柄	年 月 日
出産予定日又は出産日	単胎妊娠又は多胎妊娠の別	
年 月 日	単胎 ・ 多胎	

- 注意 1 この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
- 2 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日に代えて出産日を記入してください。
- 3 以前お住まいの市町村に出生被保険者減額についての届出をしていた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
- 4 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
- (1) 出産予定日を確認できるもの（母子健康手帳等）
- (2) 多胎妊娠の場合は、その旨を確認できるもの（母子健康手帳等）
- (3) 出産後に届出を行う場合は、出産日及び出生被保険者と出産した子との親子関係を確認できるもの（出生届出済の証明を受けた母子健康手帳等）

改正前

第 8 号様式

国民健康保険料出産被保険者減額届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市 区長

被保険者証記号・番号	納付義務者（世帯主）氏名
5 0	

納付義務者（世帯主）の住所・連絡先	
川崎市 区	
電話番号 ()	

次のとおり、出産被保険者について届け出ます。

該当する被保険者の氏名・納付義務者（世帯主）との続柄		生年月日
氏名	続柄	年 月 日
出産予定日又は出産日	単胎妊娠又は多胎妊娠の別	
年 月 日	単胎 ・ 多胎	

- 注意 1 この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
- 2 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日に代えて出産日を記入してください。
- 3 以前お住まいの市町村に出生被保険者減額についての届出をしていた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
- 4 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
- (1) 出産予定日を確認できるもの（母子健康手帳等）
- (2) 多胎妊娠の場合は、その旨を確認できるもの（母子健康手帳等）
- (3) 出産後に届出を行う場合は、出産日及び出生被保険者と出産した子との親子関係を確認できるもの（出生届出済の証明を受けた母子健康手帳等）

改正後

第 8 号様式の 2

国民健康保険特例対象被保険者等該当届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市 区長

被保険者証記号・番号		納付義務者（世帯主）氏名
5 0		

納付義務者（世帯主）の住所・連絡先	
川崎市 区	
電話番号	()

次の者について、特例対象被保険者等に該当していることを届け出ます。

該当する被保険者等の氏名・納付義務者（世帯者）との続柄		生年月日
氏名	続柄	年 月 日
離職年月日		
年 月 日		

※ この届出書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知を提示してください。

改正前

第 8 号様式の 2

国民健康保険特例対象被保険者等該当届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市 区長

被保険者証記号・番号		納付義務者（世帯主）氏名
5 0		

納付義務者（世帯主）の住所・連絡先	
川崎市 区	
電話番号	()

次の者について、特例対象被保険者等に該当していることを届け出ます。

該当する被保険者等の氏名・納付義務者（世帯者）との続柄		生年月日
氏名	続柄	年 月 日
離職年月日		
年 月 日		

※ この届出書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知を提示してください。

改正後

第 1 1 号様式

国民健康保険料減免申請書 徴収猶予									
(宛先)川崎市 区長									
川崎市.....区.....町.....丁目.....番.....号番地.....方									
(申請人) 氏名..... 世帯主									
被保険者証記号・番号		50		減免(徴収猶予)を必要とする保険料					
				年.....月分から.....箇月分.....円年.....月分まで					
申 請 の 内 容									
家族 の 状 況	氏	名	続 柄	年齢	国保加入・ 非加入の別	職 (勤務先名又は学校名)			
	1		世帯主		加・非				
	2				加・非				
	3				加・非				
	4				加・非				
	5				加・非				
	6				加・非				
	7				加・非				
申 請 理 由									
徴収猶予 の場合の 納付計画	納付予定日	月分	保 険 料	納付予定日	月分	保 険 料			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
		合 計							

注 世帯主(申請人)氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

改正前

第 1 1 号様式

国民健康保険料減免申請書 徴収猶予									
(宛先)川崎市 区長									
川崎市.....区.....町.....丁目.....番.....号番地.....方									
(申請人) 氏名..... 世帯主									
被保険者証記号・番号		50		減免(徴収猶予)を必要とする保険料					
				年.....月分から.....箇月分.....円年.....月分まで					
申 請 の 内 容									
家族 の 状 況	氏	名	続 柄	年齢	国保加入・ 非加入の別	職 (勤務先名又は学校名)			
	1		世帯主		加・非				
	2				加・非				
	3				加・非				
	4				加・非				
	5				加・非				
	6				加・非				
	7				加・非				
申 請 理 由									
徴収猶予 の場合の 納付計画	納付予定日	月分	保 険 料	納付予定日	月分	保 険 料			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
		合 計							

注 世帯主(申請人)氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。